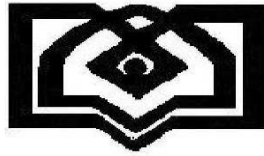


بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قزوین

عنوان :

**بررسی ارتباط عوامل اقتصادی و اجتماعی با امنیت غذایی زنان مراجعه کننده به
مراکز بهداشتی درمانی شهر قزوین**

استاد راهنما:

دکتر آمنه باریکانی

استاد مشاور

دکتر مریم جوادی

نگارش:

نرگس سلیمانی

سال تحصیلی: ۱۳۹۵-۱۳۹۶

چکیده

مقدمه: غذا یکی از نیازهای اساسی انسانی و ضامن حیات بشری است که سایر نیازها در پرتو رفع آن معنا و مفهوم میابند. از این رو تلاش های بسیاری از سوی سازمان های ملی و بین المللی جهت بررسی مشکلات و موانع موجود بر سر راه تامین امنیت غذایی صورت میگیرد.

با توجه به شرایط ویژه فیزیولوژیک زنان و مادران در دوران باروری و نیز نقش حمایتی و مراقبتی آنها از سایر افراد خانواده این گروه خاص از جامعه هم نیازمند مواد غذایی ارزشمندتر هم در معرض آسیب های تغذیه ای قرار دارند. بنابراین در مطالعه حاضر تلاش کردیم تا با بررسی مادران دارای کودک خردسال از نظر امنیت غذایی و عوامل مرتبط با آن گامی هرچند کوچک در بهبود وضعیت تغذیه ای این بخش از جامعه برداریم.

روش انجام: این مطالعه به صورت مقطعی تحلیلی در بازه زمانی مهر ۹۳-۹۲ و در میان زنان دارای فرزند خردسال ۳-۶ ساله ی مراجعه کننده به مرکز بهداشتی درمانی شهر قزوین صورت گرفت. نمونه گیری تصادفی شده به روش خوشه ای سیستماتیک انجام شد و پرسش نامه امنیت غذایی USDA در اختیار مادران واجد شرایط قرار گرفت. سایر اطلاعات زمینه ای نیز به وسیله چک لیستی جمع اوری شد. داده ها به وسیله نرم افزار spss نسخه ۱۹ تحت بررسی و تحلیل آماری قرار گرفت. سطوح معناداری زیر ۵٪ در نظر گرفته شد.

نتایج: در این مطالعه ۳۰۰ خانم دارای کودک ۳-۶ سال شرکت داده شدند که میانگین سنی آنها (۴۹-۱۸) 31.9 ± 5.4 بود. چهل و شش درصد مادران مدرک دیپلم و فوق دیپلم و ۳۰٪ نیز زیر دیپلم بودند. و ۸۶٫۳٪ مادران نیز شغل خانه داری را برگزیده و مجموعاً ۱۱٪ نیز کارمند بودند. شیوع ناامنی غذایی ۵۳٫۷٪ بود که ۵٪ ناامنی غذایی با گرسنگی شدید داشتند. میان تحصیلات مادر و امنیت غذایی رابطه مثبت و معناداری وجود داشت $p=0.00$ در حالیکه میان شغل مادر ($p=0.630$) و مصرف دخانیات در مادر برعکس پدر با امنیت غذایی رابطه معناداری دیده نشد. (سطح معناداری در مورد مادر، $P=0.486$ و در مورد پدر خانواده $p=0.004$)

بحث و نتیجه گیری: احتمال اینکه خانوار مادران تحصیل کرده در گروه امن غذایی باشند بیشتر و در این مطالعه دوبرابر سایر مادران بوده است و این نشان دهنده اهمیت نقش تحصیلات مادران در یافتن آگاهی های لازم در مورد اهمیت و نقش تغذیه و نیز دسترسی ایشان به علت جایگاه اجتماعی و سرمایه اجتماعی بالاتر به مواد غذایی است.

فهرست

عنوان	صفحه
۱- فصل اول: مقدمه	۱
۱-۱- بیان مسئله	۲
۱-۲- هدف اصلی پژوهش	۶
۱-۳- اهداف فرعی پژوهش	۶
۱-۴- اهداف کاربردی	۶
۱-۵- سوالات و فرضیات پژوهش	۷
۱-۶- جدول متغیرها	۸
۲- فصل دوم: بازنگری متون	۹
۲-۱- بازنگری متون	۱۰
۳- فصل سوم: روش پژوهش	۱۰۳
۳-۱- نوع مطالعه	۱۴
۳-۲- جامعه هدف	۱۴
۳-۳- جمعیت مورد مطالعه	۱۴
۳-۴- مکان و زمان انجام مطالعه	۱۴
۳-۵- روش جمع آوری داده ها	۱۴
۳-۶- ابزار جمع آوری داده ها	۱۴
۳-۷- نحوه نمونه گیری	۱۴
۳-۸- روش تجزیه و تحلیل آماری	۱۵
۳-۹- ملاحظات اخلاقی	۱۵
۳-۱۰- روش اجرای مطالعه	۱۵
۴- فصل چهارم: نتایج	۱۸
۴-۱- نتایج	۱۹
۵- فصل پنجم: نتیجه گیری	۲۵

۲۶	۵-۱ بحث و نتیجه گیری
۲۷	۵-۲-پیشنهادهات
۲۸	چکیده انگلیسی
۲۹	-پیوست ها
۳۲	-منابع

فصل اول

مقدمه

۱-۱- بیان مسئله

یکی از نیازهای بنیادین ادبی نیازهای فیزیولوژیک همچون گرسنگی و تشنگی است که سایر نیازهای پس از برطرف شدن آن معنا و مفهوم میابند. و میتوان این گونه برداشت کرد که تامین نیازهای اولیه ای همچون نیازهای غذایی ضامن تشکیل، بقا و پیشرفت جامعه انسانی است.

طبق اماراتهای ارائه شده از سوی فائو یک میلیارد نفر در جهان دسترسی کافی به منابع غذایی ندارند و ناامنی غذایی آنها را تهدید میکند وجود این تعداد گرسنه باعث شده است که بانک جهانی و فائو هدف توسعه هزاره سوم را امنیت غذایی معرفی نماید. تامین مایحتاج غذایی افراد سنگ بنای جامعه توسعه یافته و عنصر اصلی سلامت فکری، روانی و جسمی افراد جامعه است. این مهم به ویژه در کشورهای در حال توسعه ای چون ایران با توجه به نسل جوان و در حال رشد از اهمیت ویژه ای برخوردار است. و هرگونه اشکال در آن میتواند تهدیدی برای این بخش از جمعیت که به مانند ثروت ملی است، باشد. (۱)

امنیت غذایی توصیفی ساده از دسترسی به منابع غذایی کافی برای حفظ انسان از گرسنگی نیست. اگرچه بانک جهانی امنیت غذایی را در سطح جهانی دسترسی همه مردم جهان در همه زمان ها به غذای کافی همراه با کیفیت، کمیت و تنوع برای حفظ فعالیت و زندگی سالم و بدون خطر کاهش دسترسی به مواد غذایی توصیف میکند. (2, 3)

تعریف سازمان ملل در کنفرانس جهانی غذا در سال ۱۹۷۴ از امنیت غذایی عبارت بود از عرضه کافی مواد غذایی اساسی در جهان در طی تمامی زمان ها به نحوی که موجب افزایش با ثبات مصرف و جبران نوسان های تولید و قیمت شود. اما گروه هایی وجود دارند که علی رغم تولید بالای جهانی غذا به مواد غذایی دسترسی ندارند که همین امر موجب شد تا سطح محلی، خانوار و فرد در این تعریف جایگزین شود. بر همین اساس از ابتدای دهه ۱۹۸۰ به جای سطح کلان تعاریف امنیت غذایی بر سطح خرد یا همان خانوار متمرکز شد. بانک جهانی در سال ۱۹۸۶ با پذیرش چنین رویکردی امنیت غذایی را به این گونه تعریف نمود: دسترسی افراد خانوار در تمامی زمان ها به غذای کافی برای تامین زندگی سالم و فعال از راه های مقبول اجتماعی. (۴)

مطالعات نشان میدهند که امنیت غذایی موضوعی بسیار پیچیده تر از یک تعریف ساده است که با مرگ و میر و کنترل جمعیت، رشد، توزیع منابع زیست محیطی مدیریت منابع غذایی، توسعه اجتماعی و اقتصادی تجارت جهانی، مالکیت زمین، حقوق انسانی، و دسترسی به مراقبت بهداشتی مرتبط است. (5)

امنیت غذایی به دو دسته طبقه بندی میشود: امنیت غذایی بالا و امنیت غذایی حاشیه ای.

در امنیت غذایی بالا همه خانوارها در همه زمان ها به غذای کافی برای فعالیت و داشتن زندگی سالم دسترسی دارند.

در امنیت غذایی حاشیه ای؛ اعضای خانواده به دسترسی به منابع غذایی کافی و مطمئن در همه زمان ها مطمئن نیستند زیرا یا پول کافی یا سایر منابع لازم را برای تامین غذا ندارند. این خانواده ها مجبورند تا تنوع و کیفیت کمیت غذای خود را تنزل بدهند. (6)

امنیت غذایی به گونه ی دیگری نیز تقسیم میشود:

- امنیت غذایی پایین یا ناامنی غذایی بدون گرسنگی: اعضای خانواده در همه زمان ها توانایی به دست آوردن غذای کافی را دارند. زیرا پول کافی برای تهیه غذا در اختیار است.
- امنیت غذایی خیلی پایین یا امنیت غذایی با گرسنگی: الگوی غذایی یک یا بیشتر اعضای خانواده ثبات کافی نداشته و مقدار غذای ایشان به علت اینکه استطاعت به دست آوردن غذای کافی ندارند کاهش می یابد. (6)

و بالاطبع نامنی غذایی به عنوان فراهمی محدود یا نامطئن غذای مغذی کافی و سالم یا توانایی محدود برای کسب غذای مطلوب از راه های اجتماعی قابل قبول تعریف میشود و گرسنگی نیز حسی ناخوشایند و دردناک که ناشی از فقدان غذاست. (۷)

براساس مطالعات ناامنی غذایی نیز در سطوح فرد و خانوار سطوح مختلفی دارد. که در جدول زیر نشان داده است. (8)

اجزا	سطح فرد	سطح خانوار
کمیت	کافی بودن انرژی دریافتی	انباشتگی ذخایر خانوار
کیفیت	کیفیت مواد مغذی غذایی	کیفیت و ایمنی غذای مصرفی
مقبولیت روانی	احساس اضطراب یا انتخاب محدود شده	اضطراب درباره ذخایر غذا
مقبولیت اجتماعی	الگوهای معمول غذایی	منابع قانونی و عرفی تامین غذا

ناامنی غذایی یکی از مشکلات پیش روی جهان بوده و بیشتر از ۸۲۵ میلیون نفر با این مشکل دست به گریبان هستند. که بیشتر این جمعیت یعنی حدود ۹ میلیون نفر در کشور های پیشرفته و باقی در در کشور های حال توسعه زندگی میکنند. (۹)

ناامنی غذایی نه تنها توانمندی و فعالیت های یک ملت را تحلیل میبرد بلکه منابع کمیاب را از استفاده دور خواهد کرد. ناامنی غذایی مخصوصا نوع حاد ان باعث کم رنگ شدن ارزشهای والای یک ملت و سبب بروز مخاطرات اخلاقی و ناهنجاری های اجتماعی خواهد شد که میتواند سبب ناامن شدن فضای جامعه شود. و به

طور مستقیم و غیر مستقیم سبب ایجاد بستری برای بروز ناهنجاری های اجتماعی و تهدید امنیت ملی شده و جامعه را با خطرات جدی روبرو خواهد کرد. (۱۰) ناامنی غذایی و پیامدهای آن بر عملکرد فیزیولوژیک انسان در تمامی مراحل زندگی موثر است. ولی اغلب تاثیرات نامطلوب آن در دوران جنینی، خردسالی، زنان در سنین بارداری و نیز در دوران بارداری، شیردهی و در سالمندان مشهود تر است. (11)

بررسی های متعدد تغذیه ای در ایران نشان میدهند که طی سال های اخیر کشور از طرفی با کمبود غذا و از سویی دیگر با ظهور بیماری های مزمنی همچون چاقی، دیابت، بیماری های قلب و عروق و انواع سرطان ها مواجه بوده است. این مشکلات سبب بروز پیامدهایی همچون افزایش مرگ و میر، ابتلا به بیماری های همراه، زیاد شدن هزینه های درمان، کاهش قدرت یادگیری و ضریب هوشی و عملکرد مفید افراد در جامعه میشود، و از طرفی نیازهای تغذیه ای افراد از حیث دستیابی به منابع غذایی بارزش کمتر خواهد شد که همه این عوامل به کاهش قدرت بازدهی و کاهش نرخ توسعه می انجامد. (۱۲)

در ایران برخی مطالعات نشان داده اند که ۲۰ درصد افراد جامعه از نظر اقتصادی دسترسی به منابع غذایی منظور رفع نیاز های تغذیه ای خود ندارند و ۵۰٪ نیز برای تامین نیاز های تغذیه ای خود دچار مشکل هستند. به عبارت دیگر یک چهارم مردم دچار کمبود انرژی و نیمی دچار کمبود ریز مغذی ها هستند که این مقادیر علاوه بر تهدید سلامت جسمی بر سلامت اجتماعی و روانی نیز بی تاثیر نیست. (۱۳)

سوتغذیه که یکی از پیامدهای ناشی از ناامنی غذایی است، از مشکلات بهداشتی مهمی است که به دلیل جذب ناکافی غذا و مواد غذایی ایجاد میشود و نتیجه مهم آن کاهش رشد جسمانی و فیزیکی خواهد بود. (14)

پژوهش گران معتقدند بیماری هایی همچون چاقی، افزایش فشار خون و اختلال چربی خون در بزرگسالان نیز به نوعی با ناامنی غذایی مرتبط هستند. (15)

درآمد خانوار یکی از موضوعات مهم موثر بر امنیت غذایی است، ناامنی غذایی و درآمد خانوار به طور بسیار نزدیکی با یکدیگر مرتبط هستند، به طوریکه خانواده های فقیر سه برابر احتمال بیشتری برای مواجهه با ناامنی غذایی دارند. (16)

اگرچه ناامنی غذایی و گرسنگی از منابع مالی محدود ناشی میشود اما اندازه گیری فقر و درآمد اطلاعات واضحی از امنیت غذایی در اختیار نمیدهد زیرا که بسیاری از خانواده های کم درآمد در وضعیت امن غذایی و برخی خانواده های غیر فقیر از نظر غذایی نا امن هستند. (17, 18)

عواملی مانند از دست دادن شغل، نداشتن شغل ثابت، افزایش بعد خانوار، عوامل موثر بر رژیم غذایی همچون عادات منطقه ای، سن و تحصیلات سرپرست خانوار از عوامل موثر بر امنیت غذایی هستند (19)

دیگر فاکتور موثر بر امنیت غذایی موقعیت و سرمایه اجتماعی است، که به دلیل افزایش شانس دسترسی به انواع حمایت های اجتماعی میتواند احتمال دست یابی به غذا را در زمان های نیاز افزایش دهد. خانواده ای که همسایگان به آن اعتماد و شناخت کافی دارند احتمال اینکه در موقع نیاز به غذا به کمک ایشان بشتابند بیشتر است. فروشگاه های مواد غذایی به خاطر اعتبار و حسن ظن ممکن است مواد غذایی را به صورت نسبه در اختیار افراد قرار دهند. و عکس این حالت در جامعه ای که سرمایه اجتماعی پایینی دارد مشاهده میشود. (20). میتوان نتیجه گرفت خانواده هایی که سرمایه اجتماعی بالاتری دارند کمتر در معرض خطر گرسنگی قرار خواهند گرفت.

گفته میشود که سرمایه اجتماعی تامین کننده امنیت غذایی در هر دو سطح جامعه و خانوار است. و در همه زمان ها به ویژه زمان بحران از طریق شبکه های اجتماعی، خانوادگی و همبستگی اجتماعی با افراد جامعه دسترسی به مواد غذایی را برای خانوار تسهیل مینماید. به نحوی که کمیت و کیفیت شاخص های مربوط به سرمایه اجتماعی در امنیت غذایی تامین کننده هستند. (21)

در نظریه ایی از استفان دورو به نام حمایت اجتماعی و امنیت غذایی این موضوع تبیین شده است که برنامه های حمایت اجتماعی در مدیریت منابع غذایی و کاهش آسیب پذیری ناشی از عدم امنیت غذایی موثرند. برنامه هایی نظیر بیمه، حمایت از تولیدات خانگی، حمایت از تثبیت درآمد و اشتغال و کمک های غذایی اضطراری برای حفظ مردم از ناامنی غذایی بسیار موثر است. در این نظریه اذعان میشود که در صورتیکه برنامه های حمایت اجتماعی همراه عدالت اجتماعی باشد امنیت غذایی تامین خواهد شد. در اینجا تاکید میشود که رویکرد جامع هدایت اجتماعی سبب ثبات در درآمد، تولید و تضمین اشتغال که سبب افزایش عدالت اجتماعی و نهایتاً سبب بهبود امنیت غذایی خواهد شد. (22)

روش های مختلفی برای بررسی وضعیت امنیت غذایی خانوار وجود دارد اما در ایران برای ارزیابی امنیت غذایی از شاخص های غیر مستقیمی همچون هزینه و درآمد خانوار، وضعیت تغذیه ای، الگوی مصرف خانوار، عرضه و تولید مواد غذایی در سطح ملی و رابطه الگوی مصرف با شاخص های اقتصادی، اجتماعی و کشش درآمدی کالاهای اساسی استفاده شده است. (23-26)

از آنجایی که مادران نقش تربیت و تامین مواد غذایی خانواده را برعهده دارند نمیتوان از نقش تعیین کننده ایشان در امنیت غذایی خانوار چشم پوشی کرد. مطالعات نشان داده است میزان امنیت غذایی کودکان با افزایش سواد مادران افزایش می یابد. (27-29) و از طرفی امنیت غذایی به عنوان یک شاخص سلامتی خانوار و فرد مطرح است و ناکافی بودن غذا میتواند سبب مشکلات تکاملی، سلامتی و تغذیه ای شود اندازه گیری و پایش نا امنی غذایی میتواند به سیاستگذاران سازمان های توسعه و سایر نهاد ها تا حد زیادی در جهت طراحی مداخلات لازم کمک قابل توجهی بنماید. (17, 25, 30, 31)

در مطالعه حاضر قصد داریم وضعیت تغذیه ای مادران دارای فرزند ۳ تا ۶ ساله را به عنوان نمونه ای از زنان جامعه که نقش مهمی در تغذیه خانوار ایفا میکنند مورد سنجش قرار دهیم تا بتوان با کنار هم قرار دادن نتایج حاصل از این مطالعه و مطالعات مشابه نقشی هرچند کوچک در بهبود و ارتقای وضعیت تغذیه ای هموطنان و به خصوص زنان با توجه به نقش باروری و مراقبت از سایر افراد خانواده داشته باشیم.

۲-۱- هدف اصلی پژوهش

تعیین ارتباط عوامل اقتصادی و اجتماعی با امنیت غذایی در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر قزوین در سال ۹۵-۹۴

۳-۱- اهداف فرعی پژوهش

۱. تعیین فراوانی صدک قد کودکان بدو تولد
۲. تعیین فراوانی صدک وزن کودکان بدو تولد
۳. تعیین میانگین وزن مادران در بدو تولد نوزاد
۴. تعیین فراوانی تحصیلات زنان مورد مطالعه
۵. تعیین فراوانی شغل زنان مورد مطالعه
۶. تعیین وضعیت امنیت غذایی خانوار مورد مطالعه
۷. تعیین میانگین سن مادر در بدو تولد نوزاد بر حسب امنیت غذایی در خانوار
۸. تعیین میانگین وزن مادر در بدو تولد نوزاد با وضعیت امنیت غذایی در خانوار
۹. تعیین امنیت غذایی خانوار بر حسب مصرف دخانیات در مادر
۱۰. تعیین امنیت غذایی خانوار بر حسب مصرف دخانیات در پدر
۱۱. تعیین رابطه امنیت غذایی با شغل زنان مورد مطالعه
۱۲. تعیین رابطه امنیت غذایی با تحصیلات زنان مورد مطالعه
۱۳. تعیین رابطه صدک قد و وزن کودکان در بدو تولد با تحصیلات و شغل مادر
۱۴. تعیین رابطه صدک قد و وزن کودکان در بدو تولد با وضعیت امنیت غذایی در خانوار

۴-۱- اهداف کاربردی

شناسایی عوامل مرتبط با امنیت غذایی در زنان با توجه به نقش زنان در سلامت خانواده

۵-۱- سوالات و فرضیات پژوهش

۱. فراوانی صدک قد کودکان بدو تولد چقدر است؟
۲. فراوانی صدک وزن کودکان بدو تولد چقدر است؟
۳. میانگین وزن مادران در بدو تولد نوزاد چقدر است؟
۴. فراوانی تحصیلات زنان مورد مطالعه چقدر است؟
۵. فراوانی شغل زنان مورد مطالعه چقدر است؟
۶. وضعیت امنیت غذایی خانوار مورد مطالعه چقدر است؟
۷. میانگین سن مادر در بدو تولد نوزاد بر حسب امنیت غذایی در خانوار چقدر است؟
۸. میانگین وزن مادر در بدو تولد نوزاد با وضعیت امنیت غذایی در خانوار چقدر است؟
۹. امنیت غذایی خانوار بر حسب مصرف دخانیات در مادر چگونه است؟
۱۰. امنیت غذایی خانوار بر حسب مصرف دخانیات در پدر چگونه است؟
۱۱. امنیت غذایی با شغل زنان مورد مطالعه رابطه دارد.
۱۲. امنیت غذایی با تحصیلات زنان مورد مطالعه رابطه دارد.
۱۳. صدک قد و وزن کودکان در بدو تولد با تحصیلات و شغل مادر رابطه دارد.
۱۴. صدک قد و وزن کودکان در بدو تولد با وضعیت امنیت غذایی در خانوار رابطه دارد.

۱-۶- جدول متغیرها

عنوان متغیر	مستقل	وابسته	کمی		کیفی		تعریف علمی	مقیاس
			پیوسته	گسسته	اسمی	رتبه ای		
سن مادر	*		*				سالهای تقویمی گذشته از عمربر اساس سال ثبت شده در شناسنامه	سال
وزن مادر حین تولد کودک	*		*				وزن	کیلوگرم
صدک قد حین تولد کودک	*		*				قد	صدک های زیر ۵، ۵-۵۰، ۵۰-۷۵، ۷۵-۹۵ و بالای ۹۵ و بر حسب سانتی متر
صدک وزن حین تولد کودک	*		*				وزن حین تولد	صدک های زیر ۵، ۵-۵۰، ۵۰-۷۵، ۷۵-۹۵ و بالای ۹۵ و بر حسب کیلوگرم
تحصیلات مادر	*					*	درجه علمی	دیپلم و زیر دیپلم، لیسانس، فوق لیسانس و دکترا
شغل مادر	*				*		کار و پیشه	شاغل و غیر شاغل
امنیت غذایی خانوار		*				*	دسترسی به غذای کافی و مناسب از راه مقبول اجتماعی	پرسشنامه امنیت غذایی USDA
استعمال دخانیات در مادر	*				*		مصرف سیگار و سایر مواد تدخینی	بله- خیر
استعمال دخانیات در پدر	*				*		مصرف سیگار و سایر مواد تدخینی	بله-خیر

فصل دوم

بازنگری متون

۲-۱- بازنگری متون

در مطالعه ای که به وسیله رامش و همکاران در بین ۷۷۸ خانواده شیرازی به شیوه مقطعی تحلیلی و به وسیله پرسش نامه امنیت غذایی خانوار USDA صورت گرفت نشان داده شد که ۴۴٪ خانوار ها دچار نا امنی غذایی بودند (۲۷,۸٪ ناامنی غذایی بدون گرسنگی، و ناامنی غذایی با گرسنگی متوسط و شدید به ترتیب برابر با ۱۴,۴٪ و ۱,۸٪ بود). نا امنی غذایی در خانواده های دارای فرزند بیشتر، فرزندان زیر ۱۸ سال و نیز خانواده های دارای سرپرست زن بیشتر بود. مادران در این مطالعه ناامنی غذایی بیشتری را ذکر کردند. و نا امنی غذایی با وضعیت بد اجتماعی اقتصادی رابطه مثبت و معناداری را نشان داد ($p < 0.0001$) (۷)

مطالعه ی دیگری در شهر دزفول از بین ۴۰۰ خانوار در سال ۱۳۷۸ نشان داد که شیوع ناامنی غذایی در خانواده های دزفولی ۳۷,۶٪ بود. ۴۲,۸٪ زنان مورد مطالعه دارای اضافه وزن و ۱۲٪ آنها مبتلا به چاقی بودند. نتایج این مطالعه نشان داد که BMI زنان با نا امنی غذایی خانوار، سن زنان و بعد خانوار رابطه مثبت و مستقیمی دارد و با وضعیت اقتصادی خانوار و قومیت رابطه منفی داشته است. ($P < 0.005$) (۳۲)

مطالعه دستگیری و همکاران به شیوه مقطعی بر روی ۳۰۰ خانواده تبریزی متعلق به منطقه اسد ابادی در سال ۸۳-۸۴ و با هدف دستیابی به عوامل موثر بر ناامنی غذایی صورت گرفت. میزان شیوع ناامنی غذایی در این مطالعه ۳۶,۳٪ برآورد شده است. در این مطالعه با افزایش بعد خانوار میزان ناامنی غذایی بیشتر شده و بالعکس با افزایش درآمد سالانه، جایگاه شغلی و میزان تحصیلات سرپرستان خانواده نا امنی غذایی کاهش یافته است. ($P < 0.01$). یافته های مربوطه به بسامد مصرف مواد غذایی نشان دادند که میزان مصرف نان و سیب زمینی در گروه ناامن به طور معنی داری بیشتر از گروه امن بوده است. و به طور معنی داری بسامد مصرف برنج، سبزی، میوه، گوشت قرمز و لبنیات که ارزش تغذیه ای بالایی دارند در گروه امن غذایی بیشتر بوده است. ($P < 0.001$). در این مطالعه نتیجه گیری شده است که عوامل اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی بر امنیت غذایی تاثیر بسزایی دارد. این مطالعه اذعان داشته است که شیوع بالای ناامنی غذایی در این منطقه به عنوان نمونه ای از ایران نیازمند برنامه ریزی های کلان برای پاسخ به این نیاز بنیادین است (۲۷)

مطالعه دیگری که به وسیله استاد رحیمی و همکاران در منطقه اسدابادی استان تبریز با عنوان بررسی میزان شیوع و گستردگی ناامنی غذایی از دو بعد گرسنگی نهان و آشکار انجام شده است. ۱۶۸ زن و ۱۳۲ نفر مرد در این مطالعه مقطعی شرکت داده شده اند. اطلاعات مربوط به مواد غذایی مصرفی در قالب پرسشنامه یاد امد خوراک ۲۴ ساعت گذشته که شامل ثبت غذای سه روز هفته (یک روز تعطیل و دو روز وسط هفته) در اختیار شرکت کنندگان قرار گرفته است. شاخص گرسنگی عیان مصرف ناکافی انرژی و گرسنگی پنهان مصرف ناکافی مواد مغذی بوده است.

میزان ناامنی غذایی از بعد گرسنگی عیان ۲۶٪ و میزان گرسنگی از بعد پنهان ۴۱،۶٪ برآورد شده است. در افراد با گرسنگی عیان ۱۰۰٪ افراد کمبود کلسیم، ۹۴،۸٪ کمبود ریبوفلاوین، ۷۴،۳٪ کمبود پروتئین، و ۵۶،۴٪ کمبود ویتامین A داشته اند. در افراد با گرسنگی پنهان، ۸۹،۶٪ افراد کمبود کلسیم، ۷۷،۶٪ کمبود ریبوفلاوین، ۱۹،۲٪ کمبود پروتئین، ۹،۶٪ کمبود ویتامین A داشته اند. به طور کلی در این مطالعه فقط ۳۲،۳٪ افراد مورد مطالعه از لحاظ تامین هر پنج ماده مغذی کلیدی یعنی انرژی، پروتئین، ویتامین A و ریبوفلاوین و کلسیم امن بوده اند. (33)

در پژوهشی متعلق به شرفخانی و همکاران در میان ۲۵۰۰ خانوار دهستان قره سوی شهرستان خوی، در سال ۱۳۸۸، میزان ناامنی غذایی ۵۹،۴٪ برآورد شده است. نتایج این مطالعه نشان داده است که با افزایش مراکز ارائه مواد غذایی در روستا، افزایش زیر بنای مسکونی و تعداد اتاق میزان ناامنی غذایی کاهش یافته است و برعکس آن با زیاد شدن فاصله روستا از شهر ناامنی مواد غذایی خانوار افزایش می یابد. از دیگر عوامل موثر بر ناامنی غذایی در این مطالعه وضعیت مسکن، خودرو، والدین (تک والدی یا دو والدی) وضعیت درآمد ماهیانه خانوار بوده است. (۳۴)

در مطالعه دیگری که بر روی همین جمعیت و با استفاده از پرسش نامه ۶ گویه ای UDSA انجام شده است بین ترکیب سنی جمعیت و وضعیت ناامنی غذایی رابطه آماری معناداری وجود داشته است و همچنین با افزایش بعد خانوار شانس ناامنی غذایی خانوار کاهش یافته است. در خانوارهایی که فرزند خردسال داشته اند شانس ناامنی غذایی بیشتر شده است ($P < 0.05$). اما افزایش تعداد خردسال و تعداد سالمند تاثیری بر ناامنی غذایی خانوار نداشته است (به ترتیب: $0.95CI = 0.8-2$ و $0.95CI = 0.68-1.5$)

ازمونه های آماری نشان داده است که میان وضعیت امنیت غذایی خانوار و ترکیب سنی ارتباط آماری معناداری وجود داشته است ($P < 0.002$). (35)

مطالعه ای که در منطقه Coimbatore هند با هدف ارزیابی میزان ناامنی غذایی میان خانوارهای با و بدون خردسال انجام گرفت نشان داد که شیوع ناامنی غذایی در خانواده های دارای خردسال ۵۷٪ و در میان خانوارهای فاقد خردسال ۴۴٪ بوده است. (۳۶)

مارتین و همکارانش در سال ۲۰۰۴ به این نتیجه رسیده اند که خانواده هایی که در شاخص های سرمایه اجتماعی نظیر شبکه اجتماعی، اعتماد اجتماعی، روابط متقابل وضعیت بهتری دارند در مقایسه با سایر خانوارها کمتر دچار گرسنگی و ناامنی غذایی میشوند. هم چنین در این مطالعه نشان داده شده است که متغیرهای جمعیتی در تقویت امنیت غذایی یا ناامنی غذایی موثرند. (37)

برآورد سطح امنیت غذایی در خانوار های ایرانی با روش AHFSI تحقیقی است که در سال ۱۳۸۳ به وسیله کاشی و همکاران انجام گرفت. یافته های این پژوهش نشان می دهند که طی سالهای ۱۳۷۹ تا ۱۳۶۴ در جامعه شهری ایران امنیت غذایی سیری صعودی و مقدار عددی شاخص امنیت غذایی از ۸۷,۸٪ در سال ۱۳۶۴ به ۹۶,۴٪ در سال ۷۹ افزایش داشته است. برای جامعه روستایی نیز از سال ۱۳۶۵ تا ۱۳۷۹ این شاخص از ۷۲٪ به ۹۴,۶٪ رسیده است. (۳۸)

در سال ۱۳۸۶ در مطالعه ای که به وسیله کرم سلطانی انجام شد، شیوع چاقی و ناامنی غذایی میان دانش آموزان یزدی به ترتیب ۱۳,۳٪ و ۳۰,۵٪ بوده است. با کنترل چربی رابطه معناداری میان چاقی و ناامنی غذایی یافت شده است. تحصیلات و شغل پدر و نیز وضعیت اقتصادی به عنوان عوامل مرتبط با ناامنی غذایی شناخته شده اند. (28)

در مطالعه محمدی و همکاران که بر روی ۷۱۵۸ خانوار شهری و روستایی در سال ۱۳۸۷ و به وسیله پرسشنامه یاد امد خوراک ۲۴ ساعت گذشته در سه روز انجام گرفت نشان داده شد که ناامنی غذایی در ۲۲,۲٪ از خانوارها وجود داشت، در مدل رگرسیون لجستیک برعکس زنان و وضعیت وزن مردان ارتباطی با وضعیت امنیت غذایی نداشت. احتمال اضافه وزن در زنان با ناامنی شدید و متوسط ۱,۵ برابر و در زنان با ناامنی متوسط ۱,۲ برابر بود. (39)

در پژوهش محمدزاده که بین ۵۸۰ دانش آموز اصفهانی به وسیله پرسشنامه ۱۸ گویه ای USDA صورت گرفته است نشان داده شد که میزان کلی ناامنی غذایی ۳۶,۶٪ بوده است که با بعد خانوار و رتبه تولد ارتباط اماری مستقیم و با سطح سواد و جایگاه شغلی والدین، وضعیت اقتصادی خانوار رابطه معکوس داشته است. اما با نمایه توده بدنی برای سن، سن والدین و BMI مادر ارتباطی مشاهده نشده است. (40)

فصل سوم

روش پژوهش

۳-۱- نوع مطالعه

مقطعی-تحلیلی

۳-۲- جامعه هدف

کلیه زنان دارای کودک خردسال در شهر قزوین در سال ۹۲-۹۳

۳-۳- جمعیت مورد مطالعه

زنان دارای کودک خردسال ۳-۶ ساله مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهری قزوین در سال ۹۳-۹۲
۹۲

۳-۴- مکان و زمان انجام مطالعه

استان قزوین- شهر قزوین- مراکز بهداشتی درمانی

۳-۵- روش جمع آوری داده‌ها

پرسشنامه

۳-۶- ابزار جمع آوری داده‌ها

چک لیست جمع اوری اطلاعات و نیز پرسش نامه امنیت غذایی USDA

۳-۷- نحوه نمونه‌گیری

تصادفی- خوشه ای سیستماتیک

۳-۸- روش تجزیه و تحلیل آماری

نتایج حاصله برای متغیرهای کمی به صورت میانگین و انحراف استاندارد ($\text{mean} \pm \text{SD}$) و برای متغیرهای کیفی طبقه ای به صورت درصد بیان می گردد. مقایسه بین متغیرهای کمی توسط آزمون t test و یا در صورت داشتن توزیع غیر نرمال توسط آزمون Mann-Whitney test انجام می گیرد. مقایسه بین متغیرهای کیفی نیز با استفاده از آزمون Chi-square test و یا آزمون دقیق فیشر انجام می گیرد.

جهت بررسی توزیع یک متغیر کمی در حالت های مختلف متغیر کیفی از آزمون one way ANOVA و برای بررسی تاثیر متغیرهای مستقل بر وقوع یک متغیر وابسته دو حالت از آزمون رگرسیون لجستیک استفاده شده است.

سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته می شود. برای تجزیه و تحلیل آماری داده ها از نرم افزار SPSS ویرایش ۲۰ استفاده شد.

۳-۹- ملاحظات اخلاقی

در این مطالعه از بیماران به صورت شفاهی جهت شرکت در پژوهش رضایت اخذ شده است، و در صورت عدم رضایت در مطالعه شرکت داده نشده اند. و این موضوع تاثیری بر پیگیری افراد نخواهد داشت. اطلاعات مربوط به پژوهش در نزد پژوهشگر محفوظ خواهد ماند و در اختیار سایر افراد قرار داده نخواهد شد.

۳-۱۰- روش اجرای مطالعه

این مطالعه با استفاده از اطلاعات یک طرح تحقیقاتی با عنوان "بررسی ارتباط میان وضعیت رشد با عوامل اقتصادی اجتماعی و امنیت غذایی در کودکان ۶-۳ ساله مراجعه کننده به مرکز بهداشتی درمانی قزوین در سال ۱۳۹۳-۱۳۹۲" انجام شده است.

مطالعه مذکور به صورت یک مطالعه مقطعی-تحلیلی در بازه زمانی سال ۹۲ و ۹۳ از میان زنان مراجعه کننده به مرکز بهداشتی درمانی شهر قزوین که دارای کودک ۳-۶ ساله بودند انجام شده است. نمونه گیری در این مطالعه به صورت نمونه گیری تصادفی و به روش خوشه ای سیستماتیک بوده است به طوری که از میان ۱۸ مرکز بهداشتی شهر قزوین، ۱۰ مرکز تعیین شد و با توجه به جمعیت تحت پوشش مرکز به صورت تصادفی نمونه های مطالعه انتخاب شدند.

از میان مراجعین مرکز بهداشتی، زنانی که دارای کودک ۳ تا ۶ ساله بودند و در بازه زمانی انجام پژوهش به مرکز بهداشتی مراجعه کردند وارد مطالعه شدند و کسانی که مبتلا به بیماری متابولیک بودند، از رژیم غذایی خاصی پیروی میکردند یا تحت نظر مشاوره تغذیه بودند از مطالعه خارج شدند.

به منظور جمع آوری اطلاعات از چک لیستی ای که حاوی اطلاعات فردی، همچون سن، میزان تحصیلات، شغل، صدک قد و وزن کودک حین تولد، وزن مادر حین تولد کودک، وضعیت مصرف دخانیات در مادر و پدر کودک و نیز حاوی پرسشنامه USDA پایا و روا جهت ارزیابی امنیت غذایی استفاده شد. روایی و پایایی آن پرسش نامه در مطالعه طاهره رامش و همکاران ارزیابی شده و در این مطالعه مورد استفاده قرار گرفته است. (۷)

تکمیل پرسش نامه به وسیله کاردان بهداشت آموزش دیده صورت گرفت و تن سنجی و اندازه گیری وزن(با کمترین لباس ممکن) صورت گرفت.

افراد از نظر تحصیلات به گروه های بیسواد و وکم سواد، زیر دیپلم، دیپلم و فوق دیپلم، لیسانس، فوق لیسانس و دکترا و بالاتر تقسیم شدند. از نظر شغلی نیز به گروه های خانه دار، بازنشسته، کارمند دولت، شغل آزاد، کارمند بخش خصوصی، کارگر و کشاورز دسته بندی شدند.

ارزیابی وضعیت ناامنی غذایی به وسیله پرسش نامه امنیت غذایی خانوار دپارتمان کشاورزی ایالات متحده که در ایران پایایی و روایی آن ارزیابی شده است صورت گرفت. این پرسش نامه که وضعیت امنیت غذایی خانوار را در ۱۲ ماه گذشته بررسی می کند، از طریق مصاحبه با افراد شرکت کننده تکمیل شد. این پرسشنامه دارای دو بخش (بخش اول مربوط به خانوار و بخش دوم مربوط به فرزند) است، چنانچه خانوار دارای فرزند زیر ۱۸ سال باشد بخش دوم نیز تکمیل میگردد. پرسش نامه مذکور در سال ۱۹۹۵ توسط دپارتمان کشاورزی ایالات متحده آمریکا مورد سنجش قرار گرفته و به عنوان یک پرسش نامه معتبر برای مطالعات اپیدمیولوژیکی معرفی شده است. لازم به ذکر است که در سال ۲۰۰۹، پرسش نامه ۱۸ سوالی USDA طی مطالعه ای توسط رفیعی و همکاران در خانوارهای شهر اصفهان مورد سنجش قرار گرفته و اعتبار آن به تایید رسید (41) همچنین اعتبار این پرسش نامه در مطالعه دیگری بر روی خانوارهای شهر شیراز مورد سنجش و تایید قرار گرفت (۷)

امتیاز دهی پرسش نامه ۱۸ گویه ای وضعیت امنیت غذایی خانوار USDA براساس روش Bickel و همکارانش به این شکل است که به پاسخ های "اغلب اوقات درست" و "بعضی اوقات درست" در سؤال های ۱ تا ۳ و ۱۱ تا ۱۳ و "تقریباً هر ماه" و "برخی ماه ها" در سؤال های ۵، ۱۰ و ۱۶ و "بله" در سؤال های ۴ و ۶ تا ۹، ۱۴ و ۱۵ و ۱۷ و ۱۸ امتیاز مثبت (۱ نمره) داده

می شود و به پاسخ های "درست نیست"، "تنها ۱ یا ۲ ماه"، و "خیر" امتیاز صفر داده می شود. اگر فرد پاسخ دهنده گزینه "نمی داند یا از جواب امتناع می کند" را انتخاب کرد، بر اساس دستورالعملی که در راهنما (Bickel et al, 2000) آمده و با توجه به پاسخ های سوالات قبل و بعد امتیاز داده می شود. همچنین برای سوالاتی که در ارتباط با جواب سوال قبل هست، یعنی اگر جواب سوال قبل منفی باشد به این سوال نباید پاسخی داده شود، امتیاز منفی یا صفر در نظر گرفته میشود. در ابتدا برای فرد پاسخ دهنده ۳ آیتم مرحله ۱ خانوار خوانده میشود. چنانچه بر اساس گزینه انتخابی حتی دارای یک امتیاز مثبت شد، وارد مرحله ۲ بزرگسال شده و کسب یک امتیاز مثبت در این مرحله، شرط ورود به مرحله ۳ بزرگسال میشود. حداکثر امتیاز این پرسشنامه هنگامی که هر دو بخش آن تکمیل گردد (در صورتی که خانوار دارای فرزند زیر ۱۸ سال باشند)، ۱۸ است و

در غیر این صورت حداکثر امتیاز کسب شده از پرسشنامه ۱۰ امتیاز خواهد بود. برای تعیین وضعیت امنیت غذایی، خانوارها در نهایت بر اساس امتیاز کسب شده از پرسشنامه ناامنی غذایی، به طبقات امن غذایی، ناامن غذایی بدون گرسنگی، ناامن غذایی با گرسنگی متوسط و شدید دسته بندی میشوند (جدول ۳-۱)(17)

طبقه بندی وضعیت امنیت غذایی خانوار بر حسب امتیاز نهایی پرسشنامه امنیت غذایی

وضعیت امنیت غذایی	کد	تعداد پاسخ مثبت	تعداد پاسخ مثبت
		خانوار دارای فرزند زیر ۱۸ سال (امتیاز کل: ۱۸)	خانوار فاقد فرزند زیر ۱۸ سال (امتیاز کل: ۱۰)
امن غذایی	۰	۰-۲	۰-۲
ناامنی غذایی بدون گرسنگی	۱	۳-۷	۳-۵
ناامنی غذایی با گرسنگی متوسط	۲	۸-۱۲	۶-۸
ناامنی غذایی با گرسنگی شدید	۳	۱۳-۱۸	۹-۱۰

• پرسش نامه امنیت غذایی خانوار در قسمت ضمیمه آورده شده است.

فصل چہارم: نتائج

۴-۱- نتایج

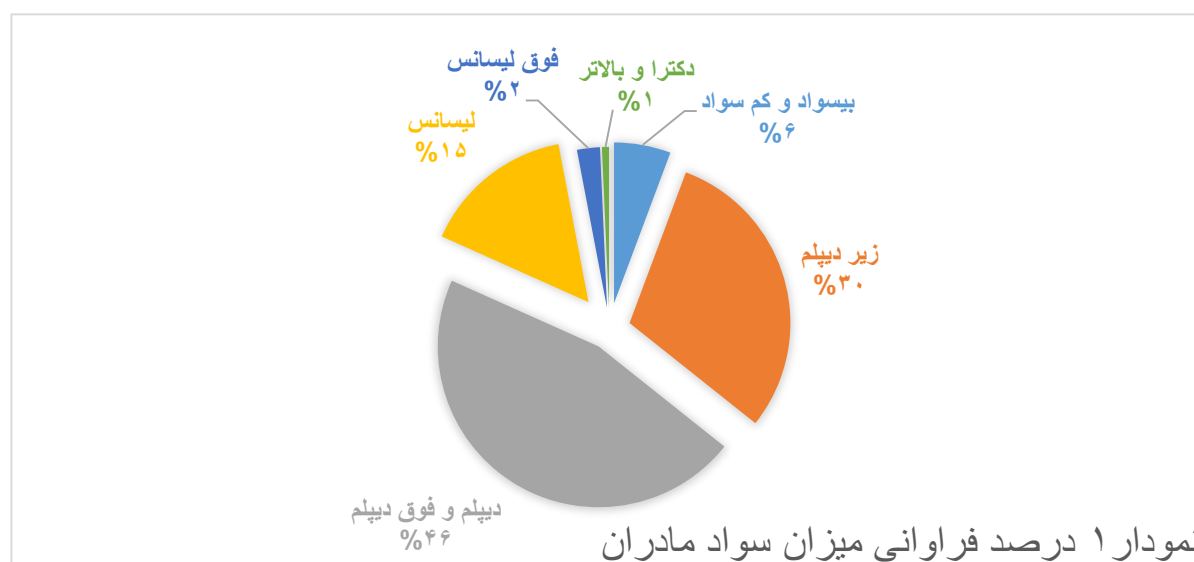
در این مطالعه ۳۰۰ خانم دارای کودک خردسال ۳-۶ ساله شرکت داده شدند که میانگین سنی آنها 31.9 ± 5.4 سال با رنج

(۱۸-۴۹) بود. ۴۳,۶ درصد از کودکان وزن بدو تولد بین صدک ۵ تا ۵۰ داشتند. و تنها ۷٪ از آنها صدک وزن تولد زیر ۵٪ داشت. توزیع صدک وزن و قد بدو تولد کودکان مورد مطالعه را در جدول زیر مشاهده میکنید.

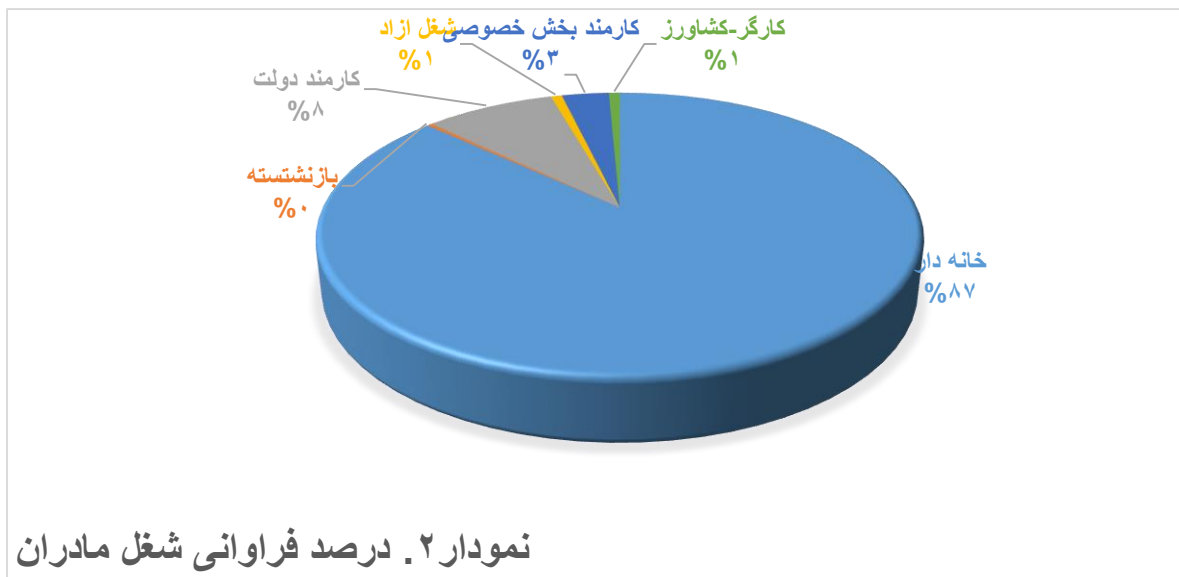
جدول ۱- توزیع فراوانی صدک های وزن و قد بدو تولد کودکان مورد مطالعه (تعداد ۳۰۰ نفر)

متغیر	<5	5-50	50-75	75-95	>95	کل
وزن	۷٪	۴۳,۶٪	۲۶,۷٪	۱۹,۶٪	۳٪	۱۰۰
قد	۵,۸٪	۶۵,۶٪	۱۲,۹٪	۱۱,۹٪	۴,۴٪	۱۰۰

از نظر سطح سواد مادران، مادران دارای مدرک دیپلم و فوق دیپلم با فراوانی ۴۶٪ (۱۳۸ نفر) بیشترین درصد فراوانی را داشتند. (نمودار ۱)



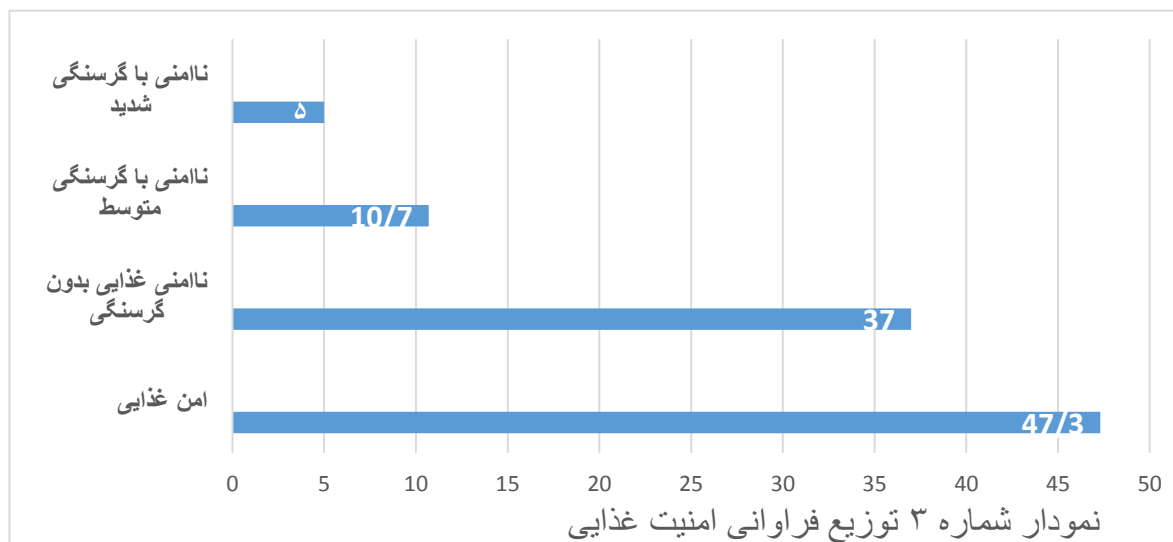
و بیشتر مادران مراجعه کننده به مرکز بهداشتی شهر قزوین با درصد فراوانی ۸۶,۳٪ (۲۵۹) خانه دار بودند. و ۳,۰٪ (۱ نفر) مادران نیز بازنشسته شده بودند. (نمودار ۲)



و تنها ۳،۰٪ (۱ نفر) مادران دخانیات مصرف می‌کرد.

همانطور که در نمودار ۳ نیز نشان داده میشود، ۴۷،۳٪ پاسخ دهندگان (۱۴۲) در گروه امن غذایی و باقی در ناامنی غذایی

(۵۲،۷٪) قرار میگرفتند. که از افرادی که در ناامنی غذایی به سر میبردند ۵٪ (۱۵ نفر) در ناامنی غذایی همراه با گرسنگی شدید قرار داشتند.



از نظر آماری رابطه معناداری میان صدک قد ($p=0.419$) و وزن ($p=0.325$) در حین تولد با امنیت غذایی وجود ندارد. همچنین نتایج آزمون کای دو نشان میدهد که رابطه معناداری میان صدک قد ($p=0.311$) و

وزن ($P=0.824$) در حین تولد با سطح سواد مادران و نیز صدک قد ($p=0.364$) و وزن ($p=0.560$) با شغل مادران نیز وجود نداشته است. آنالیز یافته های به دست آمده همچنان نشان داد که میان صدک وزن ($p=0.319$) و نیز صدک قد ($p=0.415$) در بدو تولد با امنیت غذایی رابطه معناداری وجود نداشته است. در ارتباط با مصرف دخانیات در خانواده؛ برعکس پدر خانواده، رابطه معناداری میان مصرف دخانیات در مادر و امنیت غذایی وجود نداشت. (سطح معناداری در مورد مادر، $P=0.486$ و در مورد پدر خانواده $p=0.004$). در مورد شغل مادران نیز میان شغل و امنیت غذایی خانوار رابطه معناداری وجود نداشت. ($p=0.181$) جدول ۲

جدول ۲. توزیع حالات مختلف امنیت غذایی در گروه های مختلف شغلی مادران

کل	ناامن با گرسنگی شدید	ناامن با گرسنگی متوسط	ناامن بدون گرسنگی	امن	
۲۵۹	۱۵	۳۲	۱۰۱	۱۱۱	خانه دار
۱۰۰	%۵,۵	%۱۲,۴	%۳۹	%۴۲,۹	
۱	۰	۰	۰	۱	بازنشسته
%۱۰۰	%۰	%۰	%۰	%۱۰۰	
۲۵	۰	۰	۵	۲۰	کارمند دولت
%۱۰۰	%۰	%۰	%۲۰	%۸۰	
۹	۰	۰	۳	۶	کارمند بخش خصوصی
%۱۰۰	%۰	%۰	%۳۳,۳	%۶۶,۷	
۲	۰	۰	۰	۲	آزاد
%۱۰۰	%۰	%۰	%۰	%۱۰۰	
۲	۰	۰	۱	۱	کارگر-کشاورز
%۱۰۰	%۰	%۰	%۵۰	%۵۰	

جدول ۳ نشان دهنده توزیع گروه های مختلف امنیت غذایی در میان گروه های مختلف تحصیلات مادران است. نتایج حاصل از آنالیز χ^2 نشان میدهد که میان امنیت غذایی مادران و میزان تحصیلات آنها ارتباط معنادار و مثبتی وجود دارد. ($P<0.001$).

جدول ۳ امنیت غذایی بر حسب سواد مادران

سواد مادران	امن	ناامن بدون گرسنگی	ناامن با گرسنگی متوسط	ناامن با گرسنگی شدید	
بیسواد و کم سواد	۲	۸	۴	۳	۱۷
درصد	٪۱۱,۸	٪۴۷,۱	٪۲۳,۵	٪۱۷,۶	٪۱۰۰
زیر دیپلم	۲۸	۳۹	۱۲	۱۱	۹۰
درصد	٪۳۱,۱	٪۴۳,۳	٪۱۳,۳	٪۱۲,۲	٪۱۰۰
دیپلم و فوق دیپلم	۷۰	۵۳	۱۵	۰	۱۳۸
درصد	٪۵۰,۷	٪۳۸,۴	٪۱۰,۹	٪۰	٪۱۰۰
لیسانس	۳۴	۱۰	۱	۱	۴۶
درصد	٪۷۳,۹	٪۲۱,۷	٪۲,۲	٪۲,۲	٪۱۰۰
فوق لیسانس	۷	۰	۰	۰	۷
درصد	٪۱۰۰	٪۰	٪۰	٪۰	٪۱۰۰
دکتر و بالاتر	۱	۱	۰	۰	۲
درصد	٪۵۰	٪۵۰	٪۰	٪۰	٪۱۰۰

و همچنین نتایج حاصل از رگرسیون لجستیک نشان داده است که شانس اینکه خانواده مادران تحصیل کرده در گروه امن غذایی باشند ۲,۶۰۶ برابر سایر مادران بوده است. ($p < 0.001$) اما تاثیر سایر متغیرهایی همچون شغل مادران، وزن آنها در حین تولد کودک، سن ایشان و استعمال دخانیات تاثیرمعنی داری بر وضع امنیت غذایی نداشته است. (جدول ۴)

جدول ۴ نتایج به دست آمده در رگرسیون لجستیک

sig	EXP(B)	
۰,۰۰	۲,۶۰۶	تحصیلات مادر
۰,۵۵۵	۱,۰۹۶	شغل مادر
۰,۷۹۸	۰,۹۹۸	وزن مادر حین تولد
۱,۰۰۰	۷,۳۴۴۳	استعمال دخانیات به وسیله مادر
۰,۱۱۸	۱,۰۴۰	سن مادر

جدول ۵ میانگین و انحراف معیار توزیع سن مادران در گروه های مختلف امنیت غذایی را نشان میدهد. آنالیز oneway ANOVA نشان داد که اختلاف معناداری میان گروه های مختلف امنیت غذایی از نظر سن مادران وجود ندارد و به عبارتی تفاوتی از نظر سنی درمادران در گروه های امنیت غذایی مشاهده نشده است. ($p=0.181$)

جدول ۵. میانگین و انحراف معیار توزیع سن مادران در گروه های مختلف امنیت غذایی

انحراف معیار	میانگین	تعداد	
۵,۵۲	۳۲,۴۲	۱۴۲	امن
۵,۲۸	۳۱,۷۸	۱۱۱	ناامن بدون گرسنگی
۵,۱۷	۳۰,۱۲	۳۲	ناامن با گرسنگی متوسط
۵,۳۳	۳۲,۱۳	۱۵	ناامن با گرسنگی شدید
۵,۴۰	۳۱,۹۳	۳۰۰	کل

جدول ۶ میانگین وزن مادران در حین تولد کودک بر حسب گروه های مختلف امنیت غذایی را نشان میدهد. در این مورد نیز با توجه به آنالیز oneway ANOVA میتوان نتیجه گرفت که اختلاف معناداری میان میانگین وزن مادران در هنگام تولد کودک در گروه های مختلف امنیت غذایی وجود ندارد. ($P=0.575$)

جدول ۶. میانگین وزن مادران در زمان تولد کودک بر حسب امنیت های مختلف غذایی

انحراف معیار	میانگین	تعداد	
۱۳,۵۴	۷۲,۱۱	۱۳۴	امن
۱۱,۸۹	۷۲,۴۶	۱۰۳	ناامن بدون گرسنگی
۱۸,۸۱	۷۰,۳۱	۳۲	ناامن با گرسنگی متوسط
۱۸,۱۱	۶۷,۷۵	۱۴	ناامن با گرسنگی شدید

فصل پنجم

نتیجه گیری

۵-۱- بحث و نتیجه گیری

در سال ۱۳۸۳ مطالعه دستگیری و همکاران در شهر تبریز میزان ناامنی غذایی را ۳۶,۳٪ گزارش کرد. در این مطالعه نتایج نهایی نشان دادند که ناامنی غذایی با جایگاه شغلی و میزان تحصیلات سرپرست خانوار رابطه معکوس دارد. (27) در مطالعه محمدی و همکاران نیز که در میان ۷۱۵۸ خانوار شهری و روستایی ایرانی صورت صورت میزان ناامنی غذایی ۲۲,۲٪ بود که وضعیت وزن زنان در مطالعه بر عکس زنان با ناامنی غذایی آنها مرتبط بود. (39) در دزفول نیز در سال ۱۳۸۹ مطالعه حکیم و همکارانش نشان داد که میزان ناامنی غذایی ۳۷,۸٪ بوده است که BMI زنان با ناامنی غذایی خانوار، سن زنان و بعد خانوار رابطه مثبت معنی دار و با وضعیت اقتصادی اجتماعی رابطه معکوسی داشت. (۲۴)

در مطالعه محمدپور کلدی در میان خانواده های کم درآمد شهر بوشهر که میزان ناامنی غذایی ایشان ۸۶٪ تخمین زده شده است میزان نمایه توده بدنی به طور معناداری در میان خانواده های دارای ناامنی غذایی بالاتر بوده و امنیت غذایی عامل حمایت کننده برای کاهش نمایه توده بدنی بوده است. (۹)

در مطالعه محمدزاده و همکاران در بین دانش آموزان شهر اصفهان میزان امنیت غذایی نوجوانان اصفهانی با سطح تحصیلات والدین، وضعیت اقتصادی خانوار، جایگاه شغلی والدین رابطه آماری معکوسی داشته است. اما BMI مادر و سن وی رابطه معناداری نداشته است. (۴۰)

مطالعه حکیم و همکاران نیز در سال ۱۳۹۱ در دزفول نشان داده است که ناامنی غذایی که شیوع ۳۷,۶٪ ای داشته است با سن پدر و مادر، سطح تحصیلات ایشان، شغل والدین، وضعیت BMI و نیز قومیت بر وضعیت ناامنی غذایی تاثیر معنی داری داشته اند. که این نتایج در مطالعه ای در بندر انزلی که به سیله صفرپور و همکاران صورت گرفته است با شیوع ناامنی غذایی ۵۱٪ ای تکرار شده است. (24)

شیوع ناامنی غذایی در سال ۱۳۹۱ در شهرستان ری به وسیله پیاب و همکاران نیز ۵۰,۲٪ گزارش شده است که تحصیلات بالای مادر و سرپرست خانوار، جایگاه شغلی بالای سرپرست خانوار رابطه معکوسی با ناامنی غذایی داشته است. (42)

در مطالعه سعدی و همکاران در شهر رزن در بین زنان سرپرست خانوار صورت گرفت نشان داده شد ۷۵٪ این زنان در شرایط ناامنی غذایی به سر میبردند و شرایطی مانند با تکفل، تحصیلات، تعداد فرزند زیر ۱۸ سال، علت سرپرستی با وضعیت ناامنی غذایی ایشان ارتباط معناداری داشت. (saadi, 2013 #56)

در مطالعه حاضر نیز میان وضعیت تحصیلات مادران و امنیت غذایی خانوار ایشان رابطه مثبت و معناداری با امنیت غذایی وجود داشت است به طوری که شانس قرار داشتن خانوار مادران تحصیل کرده در گروه امن غذایی تقریباً ۲,۶ برابر سایر مادران بوده است. همچنین میان امنیت غذایی و استعمال دخانیات در پدر خانوار

رابطه معناداری برخلاف مادر خانوار وجود داشت. اما میان سایر متغیرهای بررسی شده در این مطالعه همچون صدک وزن و قد کودک حین تولد با امنیت غذایی، تحصیلات مادر و شغل مادر رابطه معناداری یافت نشد.

۵-۲- پیشنهادات

طراحی پژوهش های مبتنی بر جامعه ایرانی با حجم نمونه بالا جهت کارایی مقیاس های مختلف سنجش ناامنی غذایی برای شناسایی بهتر خانوار های ناامن غذایی

طراحی پژوهش هایی برای بررسی عوامل فرهنگی و اجتماعی موثر بر امنیت غذایی در خانواده ایرانی
اجرای پژوهش هایی جهت بررسی سواد تغذیه ای برای انتخاب و طبخ ماده غذایی مصرفی و موانع امنیت غذایی در خانوار

Abstract:

Food security is attained when all people have physical and economical access to sufficient food all the time to meet their dietary needs for a productive and healthy life which including ready availability of nutritionally adequate and safe foods, the assured ability to acquire acceptable foods in socially acceptable ways without resorting to emergency food supplies. Food insecurity existed whenever the availability of nutritionally adequate and safe food or the ability to acquire foods in socially accepted way is limited or uncertain. Malnutrition is a condition resulting from inadequate intake of food or essential nutrients, resulting in deterioration of physical growth and health. Research studies have shown that there is a direct relationship between food insecurity and malnutrition. Malnutrition is a condition which manifests itself among large sections of the poor, particularly women and children because of their special condition. This can cause notable damage to their function.

Method: this cross sectional analytic study was conducted in 1392-1993 among women who refer to Qazvin Urban health centers. Sampling was done by systematic stratified method and 300 women were participated after exclude who met our exclusion criteria. Data collected by USDA questionnaire in addition to some information about anthropometric measurements and information about weight and height percentiles at baby's birth.

Results: The mean age of our participants was 31.9 ± 5.4 . Undergraduate mothers were 30% and 46% were graduated, 86.3% of mothers was housewife and 11% of them was employee. Food insecurity prevalence was 53.7% which 5% of them had food insecurity with sever hunger. There was a significant relationship between food security and mother education $p=0.000$. Otherwise there was not any relationship between mothers smoking and job with food security. ($p=0.486$, $p=0.181$ respectively). there was significant relationship between father smoking statues and food security $p=0.004$.

Conclusion: Our results showed that there was a significant positive relationship in food security and maternal education. The possibility that educated mother were in food security group is twofold more than others.

پیوست ها

پرسش نامه ۱۸ گویه ای امنیت غذایی خانوار USDA

مرحله یک خانوار

توجه: اکنون من قصد دارم برای شما چندین جمله بخوانم که مردم درباره وضعیت غذای شان گفته اند. لطفاً بگویید که آیا جمله برای شما/خانواده تان در ۱۲ ماه گذشته اغلب اوقات یا بعضی اوقات درست است یا درست نیست.

- ۱- من/ما نگرانم/-یم که غذایم/غذایمان قبل از این که پولی برای خریدن بیشتر به دست آورم/-یم تمام شود.
- ۱- اغلب درست ۲- بعضی اوقات درست ۳- درست نیست ۴- نمی داند یا از جواب دادن امتناع می کند
- ۲- غذایی که من/ما خریدم/-یم باقی نماند و من/ما پولی ندارم/-یم که بیشتر بخرم/-یم.
- ۱- اغلب درست ۲- بعضی اوقات درست ۳- درست نیست ۴- نمی داند یا از جواب دادن امتناع می کند
- ۳- من/ما استطاعت ندارم/-یم که غذای متعادل بخورم/-یم.
- ۱- اغلب درست ۲- بعضی اوقات درست ۳- درست نیست ۴- نمی داند یا از جواب دادن امتناع می کند
- توجه: اگر حداقل به یکی از سؤالات ۱-۳ پاسخ مثبت(اغلب یا بعضی اوقات درست) داده شده است، مرحله ۲ بزرگسالان تکمیل و در غیر این صورت در صورت داشتن فرزند زیر ۱۸ سال مرحله ۱ سطح فرزند تکمیل شود.

مرحله ۲ بزرگسال:

- ۴- آیا شما/سایر بزرگسالان در خانوار شما در ۱۲ ماه گذشته حجم غذای تان را کم یا وعده ای را حذف کردید به دلیل این که پول کافی برای غذا نداشتید؟
- ۱- بله ۲- خیر (سوال ۵ پرسیده نشود) ۳- نمی داند (سوال ۵ پرسیده نشود)
- توجه: اگر جواب مثبت بود سؤال زیر پرسیده شود.
- ۵- هر چند یک بار این رخداد در ۱۲ ماه گذشته اتفاق افتاده است؟
- ۱- تقریباً هر ماه ۲- برخی ماه ها اما نه هر ماه ۳- تنها ۱ یا ۲ ماه ۴- نمی داند
- ۶- آیا شما در ۱۲ ماه گذشته کمتر از آنچه احساس می کردید باید بخورید، خوردید به دلیل این که پول کافی برای خرید غذا نداشتید؟
- ۱- بله ۲- خیر ۳- نمی داند
- ۷- آیا شما در ۱۲ ماه گذشته گرسنه بودید اما نخوردید به دلیل این که پول کافی برای غذا نداشتید؟
- ۱- بله ۲- خیر ۳- نمی داند
- ۸- آیا شما در ۱۲ ماه گذشته وزن کم کردید به دلیل این که پول کافی برای غذا نداشتید؟
- ۱- بله ۲- خیر ۳- نمی داند

توجه: اگر حداقل به یکی از سؤالات ۸-۴ پاسخ مثبت داده شد مرحله ۳ بزرگسالان تکمیل و در غیر این صورت در صورت داشتن فرزند زیر ۱۸ سال مرحله ۱ سطح فرزند تکمیل شود.

مرحله ۳ بزرگسال

۹- آیا شما/سایر بزرگسالان در خانوار شما یک روز تمام غذا نخوردید به دلیل این که پول کافی برای غذا نداشتید؟

۱- بله ۲-خیر (سوال ۱۰ پرسیده نشود) ۳-نمی دانم (سوال ۱۰ پرسیده نشود)

توجه: اگر جواب مثبت بود سؤال زیر پرسیده شود.

۱۰- هر چند یک بار این رخداد در ۱۲ ماه گذشته اتفاق افتاده است؟

۱- تقریباً هر ماه ۲- برخی ماه ها اما نه هر ماه ۳- تنها ۱ یا ۲ ماه ۴-نمی داند

مرحله ۱ فرزند

توجه: اکنون من قصد دارم برای شما چندین جمله بخوانم که مردم درباره وضعیت غذای فرزندان شان گفته اند؛

لطفاً بگویید که آیا جمله برای فرزند/فرزندان زیر ۱۸ سال شما در ۱۲ ماه گذشته اغلب اوقات، بعضی اوقات درست

است یا درست نیست.

۱۱- من/ما برای تغذیه کردن فرزندم/فرزندانم به تعدادی از انواع غذاهای ارزان قیمت متکی هستیم/-یم به

دلیل این که من/ما پول برای خریدن غذا تمام کردم/-یم.

۱- اغلب درست ۲- بعضی اوقات درست ۳- درست نیست ۴- نمی داند یا امتناع می کند

۱۲- من/ما نمی توانم/-یم به فرزندم/فرزندان مان غذای متعادل بخورانم/-یم به دلیل این که من/ما

استطاعت آن را ندارم/-یم.

۱- اغلب درست ۲- بعضی اوقات درست ۳- درست نیست ۴- نمی داند یا امتناع می کند

۱۳- فرزندم/فرزندانم به اندازه کافی نمی خورند به دلیل این که من/ما از عهده غذای کافی بر نمی آیم/-یم.

۱- اغلب درست ۲- بعضی اوقات درست ۳- درست نیست ۴- نمی داند یا امتناع می کند

توجه: اگر حداقل به یکی از سؤالات ۱۳-۱۱ پاسخ مثبت (اغلب یا بعضی اوقات درست) داده شد مرحله ۲ فرزند

تکمیل شود.

مرحله ۲ فرزند

۱۴- آیا شما در ۱۲ ماه گذشته حجم غذای فرزند/فرزندانتان را کم کردید به دلیل این که پول کافی برای غذا

نداشتید؟

۱- بلی ۲-خیر ۳- نمی داند

۱۵- آیا در ۱۲ ماه گذشته غذاهای (نام فرزند/هر یک از فرزندان) را حذف کردید به دلیل این که پول کافی

برای غذا نداشتید؟

۱- بلی ۲- خیر ۳- نمی داند

توجه: اگر جواب مثبت بود سؤال زیر پرسیده شود.

۱۶- هر چند یک بار این رخداد در ۱۲ ماه گذشته اتفاق افتاده است؟

۱- تقریباً هر ماه	۲- برخی ماه ها اما نه هر ماه	۳- تنها ۱ یا ۲ ماه	۴- نمی داند
۱۷- آیا در ۱۲ ماه گذشته فرزند/فرزندانتان گرسنه بود/ند اما شما از عهده غذای بیشتر بر نیامدید؟			
۱- بلی	۲- خیر	۳- نمی داند	
۱۸- آیا در ۱۲ ماه گذشته فرزند/فرزندتان تا یک روز تمام غذا نخورد/ند به دلیل این که پول کافی برای غذا نداشتید؟			
۱- بلی	۲- خیر	۳- نمی داند	

منابع

۱. رنجبر ر. بررسی نحوه تعامل امنیت غذایی با امنیت ملی جمهوری اسلامی ایران. سازمان نظام مهندسی و منابع طبیعی. ۱۳۸۴.
۲. Hussein K. Food Security: Rights, Livelihoods and the world food summit—five years ۴۷,-later. Social Policy & Administration. 2002;36(6):626
۳. Mechlem K. Food Security and the Right to Food in the Discourse of the United Nations. European Law Journal. 2004;10(5):631-48
۴. دینی ترکمانی ع. امنیت غذایی و برآورد آن در ایران فصلنامه پژوهشگاه بازرگانی. ۱۳۷۹؛ ۱۴(۴):۱۴۸-۲۱
۵. Phillips R. Food security and women's health A feminist perspective for international social work. International Social Work. 2009;52(4):485-98
۶. Nord M, Coleman-Jensen A. Food security in the United States: Definitions of hunger and food security. US Department of Agriculture, Economic Research Service Available at www.ers.usda.gov/Briefing/FoodSecurity. 2011
۷. طاهره ر, احمدرضا دم, مرتضی ع. شیوع ناامنی غذایی در خانوارهای شهر شیراز و ارتباط برخی عوامل اقتصادی-اجتماعی و جمعیتی با آن در سال ۱۳۸۷
۸. Campbell CC. Development of indicators to assess hunger. Radimer KL, Olson CM The Journal of nutrition. 1990;120:1544-8
۹. محمدپور ک, فولادوند م, مرادعلی, آو خ کسیمی مع. عدم امنیت غذایی به عنوان عامل خطر چاقی در خانم های کم درآمد بوشهری. طب جنوب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر. ۱۳۸۹؛ ۱۳(۴):۲۶۳-۷۲
۱۰. خضری م. امنیت غذایی و امنیت ملی. همایش ملی کشاورزی و توسعه ملی. ۱۳۸۳؛ ۹۰:۱
۱۱. Campbell CC. Food insecurity: a nutritional outcome or a predictor variable? The Journal of nutrition. 1991;121(3):408-15
۱۲. قاضی طباطبایی م, امیدوار ن, علی حسینی ج. تعیین کننده های اجتماعی جمعیتی شدت نا امنی غذایی در میان قشر های آسیب پذیر منطقه ۲۰ شهر تهران. فصلنامه علوم اجتماعی. ۱۳۹۰؛ ۵۲(۵۲):۹۴-۶۹
۱۳. سالار کیا ن, عبداللهی م, امینی م, اسلامی امیر ابادی م. اعتبار سنجی و به کار گیری پرسش نامه HFIAS در سنجش نا امنی غذایی خانوار های شهری ورامین در سال ۸۸. غدد درون ریز و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی. ۱۳۹۰؛ ۱۳(۴):۳۸۳-۷۴
۱۴. Kasper J, Gupta SK, Tran P, Cook JT, Meyers AF. Hunger in legal immigrants in California, Texas, and Illinois. American Journal of Public Health. 2000;90(10):1629
۱۵. Seligman HK, Laraia BA, Kushel MB. Food insecurity is associated with chronic disease among low-income NHANES participants. The Journal of nutrition. 2010;140(2):304-10
۱۶. Nord M, Andrews M, Carlson S. Household food security in the United States, 2004. 2005

- Bickel G, Nord M, Price C, Hamilton W, Cook J. Guide to measuring household food security. US Department of Agriculture, Food and Nutrition Service, Office of Analysis, Nutrition, and Evaluation [http://www.fns.usda.gov/fsec/FILES/Guide%20to%20Measuring%20Household%20Food%20Security \(3-23-00\).pdf](http://www.fns.usda.gov/fsec/FILES/Guide%20to%20Measuring%20Household%20Food%20Security%20(3-23-00).pdf). 2000 .۱۷
- Keenan DP, Olson C, Hersey JC, Parmer SM. Measures of food insecurity/security. .۱۸
Journal of Nutrition Education. 2001;33:S49-S58
- Dave JM, Evans AE, Saunders RP, Watkins KW, Pfeiffer KA. Associations among .۱۹
food insecurity, acculturation, demographic factors, and fruit and vegetable intake at home in
.Hispanic children. Journal of the American Dietetic Association. 2009;109(4):697-701
- Martin KS, Rogers BL, Cook JT, Joseph HM. Social capital is associated with .۲۰
.decreased risk of hunger. Social science & medicine. 2004;58(12):2645-54
- .Sseguya H. Impact of social capital on food security in southeast Uganda. 2009 .۲۱
- Devereux S. Social protection for enhanced food security in sub-Saharan Africa. Food .۲۲
Policy Addis Ababa: UNDP (United Nations Development Programme) Regional Bureau for
.Africa. 2012
- Ramesh T, Dorosty Motlagh A, Abdollahi M. Prevalence of household food insecurity .۲۳
in the City of Shiraz and its association with socio-economic and demographic factors, 2008.
.Iranian Journal of Nutrition Sciences & Food Technology. 2010;4(4):53-64
- food insecurity and household Hakim S, Dorosty AR, Eshraghian M. Association of .۲۴
socio-economic status with the body mass index among urban women in Dezful. Journal of
.School of Public Health and Institute of Public Health Research. 2010;8(2):55-66
- Ghassemi H. Food and nutrition security in Iran: a study on planning and .۲۵
.administration. Tehran: Planning and Budget Organization. 1997
- Ghassemi H, Kimiagar M, Koupahi M. Food and nutrition security in Tehran province. .۲۶
.Tehran: National Nutrition and Food Technology Research Institute. 1996
- Dastgiri S, Mahboob S, Tutunchi H, Ostadrahimi A. Determinants of Food Insecurity: .۲۷
A Cross – Sectional Study in Tabriz. Journal of Ardabil University of Medical Sciences.
.2006;6(3):233-9
- primary school Eshraghian M, Siassi F, Jazayeri G. Obesity and food security in Yazd .۲۸
.students. Tehran University Medical Journal TUMS Publications. 2007;65(7):68-76
- Zerafati-Shoae N, Omidvar N, Ghazi-Tabatabaie M, Houshiar_Rad A, Fallah H, .۲۹
Mehrabi Y. Is the adapted Radimer/Cornell questionnaire valid to measure food insecurity of
.urban households in Tehran, Iran? Public health nutrition. 2007;10(08):855-61
- Babu SC, Pinstrip-Andersen P. Food security and nutrition monitoring: A conceptual .۳۰
.framework, issues and challenges. Food Policy. 1994;19(3):218-33

۳۱. Hamilton WL, Cook JT, Thompson WW, Buron LF. Household food security in the United States in 1995: Summary report of the Food Security Measurement Project: Abt Associates; 1997.
۳۲. حکیم س, درستی ار. ارتباط ناامنی غذایی و برخی عوامل اجتماعی اقتصادی خانوار با وضعیت نمایه توده بدنی در زنان شهر دزفول. دانشکده بهداشت و انیستیتو تحقیقات بهداشتی. ۱۳۸۹; ۸(۲): ۶۶-۵۵.
۳۳. Ostadrahimi a, Mahboob sa, Totonchi, Dastgiri s, dadgar l. Prevalence and intensity of food insecurity (hunger and hidden hunger aspects) in AsadAbadi region of Tabriz. scientific magazine yafte. 2006;8(1):75-81.
۳۴. شرفخانی ر, دستگیری س, قره آقاجی اصل ر, قوام زاده س. شیوع و عوامل موثر بر ناامنی غذایی خانوار: یک مطالعه مقطعی. پزشکی ارومیه. ۱۳۸۸; ۲۲(۲): ۱۲۸-۳.
۳۵. R, Ghavamzadeh S. PREVALENCE OF Sharafkhani R, Dastgiri S, Gharaaghaji Asl THE HOUSEHOLD FOOD INSECURITY AND ITS INFLUENCING FACTORS: A CROSS-SECTIONAL STUDY (KHOY CITY-QARESoo-2009). URMIA MEDICAL JOURNAL. 2011;22(2):123-8.
۳۶. with Nnakwe N, Yegammia C. Prevalence of food insecurity among households children in Coimbatore, India. Nutrition Research. 2002;22(9):1009-16.
۳۷. Martin KS, Rogers BL, Cook JT, Joseph HM. Social capital is associated with decreased risk of hunger. Social science & medicine (1982). 2004;58(12):2645-54.
۳۸. کاشی خدادای ف, حیدری خ. برآورد امنیت غذایی خانوارهای ایرانی. اقتصاد و کشاورزی و توسعه ۱۳۸۳; ۱۲(۴۸): ۱۷۲-۵۵.
۳۹. Mohammadi F, Omidvar N, Houshiar Rad A, Mehrabi Y, Abdollahi M. Association of food security and body weight status of adult members of Iranian households. Iranian Journal of Nutrition Sciences & Food Technology. 2008;3(2):41-53.
۴۰. Mohammadzadeh A, Dorosty Motlagh A, Eshraghian M. The association of food security with socio-economic factors and weight status among adolescents. Iranian Journal of Nutrition Sciences & Food Technology. 2010;5(1):55-62.
۴۱. Rafiei M, Nord M, Sadeghizadeh A, Entezari MH. Assessing the internal validity of a household survey-based food security measure adapted for use in Iran. Nutrition journal. 2009;8:28.
۴۲. Payab M, Dorosty Motlagh A, Eshraghian M, Siassi F. The association between food insecurity, socio-economic factors and dietary intake in mothers having primary school children living in Ray 2010. Iranian Journal of Nutrition Sciences & Food Technology. 2012;7(1):0.